

MỤC LỤC

STT	TÊN BÀI	TRANG
01	ĐỤC THỦY TINH THỂ *	2
02	BIẾN CHỨNG ĐỤC THỦY TINH THỂ*	5
03	VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC	7
04	HỘI CHỨNG POSNER-SCHOLOSSMAN	9
05	VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG TÂM	10
06	LOỆT GIÁC MẠC DO NẤM	11
07	LOỆT GIÁC MẠC DO HERPES	13
08	LOỆT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN	15
09	CHẤN THƯƠNG MẮT	17
10	VẾT THƯƠNG MẮT	19
11	GLAUCOMA CẤP	20
12	GLAUCOM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT	22
13	TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC	24
14	TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC	25
15	VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN	27
16	VIÊM KẾT MẠC DO VIRUS *	28
17	BÔNG MẮT	30
18	VIÊM KẾT MẠC DO DỊ ỨNG	32
19	MỘNG THỊT	33
20	DỊ VẬT MẮT	35

(*) BÀI CẬP NHẬT

Duyệt ban Giám Đốc

Duyệt Khoa Mắt

BS CKI Đặng Thị Hoàng Oanh

BỆNH ĐỤC THỦY TINH THỂ *

I. Đại cương:

Đục thủy tinh thể là sự ngưng tụ protein gây ra những thay đổi chiết suất của thủy tinh thể, làm tán xạ ánh sáng, gây giảm thị lực. Đây là nguyên nhân mù hàng đầu của nước ta hiện nay. Các nguyên nhân gây đục thủy tinh thể:

- + Đục thủy tinh thể do tuổi già
- + Đục thủy tinh thể do bệnh lí
- + Đục thủy tinh thể do chấn thương
- + Đục thủy tinh thể do thứ phát
- + Đục thủy tinh thể do chuyển hóa
- + Đục thủy tinh thể do ngộ độc
- + Đục thủy tinh thể bẩm sinh, trẻ em

II. Đặc điểm lâm sàng:

A. Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm, mắt không đau nhức, không cương tụ, không có dấu hiệu viêm.
- Cảm giác lóa mắt khi bị ánh đèn pha trước mặt.
- Cận thị hóa
- Khám:

+ Đo thị lực : thị lực xa không kính, kết quả thị lực gần quyết định phẫu thuật khi nào.

+ Nhãn áp

+ Phần trước nhãn cầu :

- Tình trạng giác mạc : không viêm cấp
- Tiền phòng
- Mống mắt, đồng tử
- Thể loại đục thủy tinh thể

+ Đáy mắt: xem tình trạng gai thị, võng mạc

- Trực tiếp bằng đèn soi đáy mắt
- Gián tiếp bằng kính Volk

B. Cận lâm sàng:

- Đo khúc xạ
- Đo sinh học:
 - Siêu âm A
 - Siêu âm B
- Đếm tế bào nội mô:

- Dưới hoặc bằng 1500/mm²-cần thận trọng trong chỉ-định nhũ tương hóa (phaco)

III. Chẩn đoán:

- Thị lực nhìn giảm $\leq 1/10$
- Đồng tử bị mất hoặc giảm ánh hồng , đồng tử trắng
- Chẩn đoán nguyên nhân
 - ❖ Chẩn đoán phân biệt :
- Ở trẻ em người trẻ cần phân biệt đồng tử trắng do các nguyên nhân khác : ung thư võng mạc, bệnh lý võng mạc trẻ sinh non, bong võng mạc bẩm sinh kèm loạn sản võng mạc, viêm hắc võng mạc.

IV. Điều trị :

1. Thuốc: Hiện nay vẫn chưa có loại thuốc làm chậm lại ,phòng ngừa hay làm đảo ngược sự phát triển của đục thủy tinh thể.

Thường được dùng các vitamine C , E

2. Phẫu thuật.

► Điều kiện phẫu thuật thủy tinh thể:

- Đục thủy tinh thể gây giảm thị lực
- Phẫu thuật đục thủy tinh thể có hy vọng cải thiện thị lực

► Mục đích phẫu thuật thủy tinh thể nhằm:

- + Tăng thị lực
- + Điều trị
- + Thẩm mỹ

Có nhiều cách phẫu thuật lấy thủy tinh thể thông dụng hiện nay là:

- Lấy thủy tinh thể ngoài bao
- Lấy thủy tinh thể theo phương pháp tán nhuyễn thủy tinh thể.
- Chống chỉ định lấy thủy tinh thể ngoài bao : Đứt zinn , thủy tinh thể lệch
- Chỉ định lấy thủy tinh thể theo phương pháp tán nhuyễn thị lực sớm hơn (1/10 – 2/10)./.

V. Tài liệu tham khảo:

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

Cập nhật điều trị đục thủy tinh thể :

- Hiện nay tại BV ĐKV đã triển khai mổ đục Thủy tinh thể theo phương pháp tán nhuyễn bằng sóng siêu âm (Phaco).
- Chuẩn bị trước mổ (làm hồ sơ ngoại trú):

- Đo thị lực, đo nhãn áp
- Xét nghiệm :
 - + TPT tế bào máu ngoại vi
 - + Xét nghiệm TS, TC (PT/TQ , INR ...)
 - + Đo điện tim
 - + Chụp Xquang tim phổi thẳng
 - + Xét nghiệm đường huyết mao mạch (Glycemic)
 - + Ure, Creatinin
 - + Chức năng gan (SGOT, SGOP), một số xét nghiệm khác tùy theo bệnh lý nội khoa của bệnh nhân .
- Khám tiền phẫu (hoặc kiểm tra điện tim , xét nghiệm máu tại khoa TMLH
- Đo K , Siêu âm A mắt được chỉ định mổ

► **Nhập viện :**

- Uống acetazolamid 250mg 2 viên + kaleoride 0.6g 1 viên chiều ngày trước mổ và sáng ngày sau mổ hoặc sáng ngày mổ và sau khi mổ xong.
- Ciprofloxacin 0.5g 1 viên x 3 uống 2 ngày hoặc 1 ngày
- Paracetamol 0.5g 1 viên x 3 viên uống 2 ngày hoặc 1 ngày
- Nhỏ dẫn mắt được chỉ định mổ bằng Mydrine
- Bệnh nhân được KTV gây tê hậu cầu trong phòng gây tê.
- Chuyển vào phòng mổ , mổ theo phương pháp phaco.

► **Chăm sóc hậu phẫu:**

- Đo thị lực
- Rửa cùng đồ thay băng sáng hậu phẫu 1 ngày
- Toa về :
 - + Coll vigamox 0.3% nhỏ 1giot x 6 lần(hoặc nhóm fluroquinolone)
 - + Coll tobradex nhỏ 1 giọt x 6 lần(nhóm corticoid hoặc phối hợp với corticoide)
 - + Ciprofloxacin 0.5g 1 viên x 5 ngày (nhóm fluroquinolone)
 - + Paracetamol 0.5g 1 viên x 5 ngày.

BIẾN CHỨNG CỦA MỔ ĐỤC THỦY TINH THỂ *

I. Biến chứng do gây tê

II. Biến chứng dtrong phẫu thuật:

1. Chảy máu vết mổ: Trong trường hợp cầm máu không tốt trước khi rạch vết mổ (thường gặp trong mổ ngoài bao)

2. Rách bao sau: Chuyển BV Mắt thành phố Hồ Chí Minh

3. Xuất huyết tổng : chưa rõ nguyên nhân do yếu tố nguy cơ làm tăng nhãn áp đột ngột do:

- Thay đổi nhãn áp đột ngột :
 - + Do mổ tiền phòng
 - + Mất dịch kính nhiều
 - + Cơn cao huyết áp đột ngột
 - + Tê cạnh nhãn cầu không có Arenalín.
- Bệnh nhân già có tiền căn cao huyết áp, xơ cứng động mạch, tiểu đường ,bệnh máu, glaucoma, cận thị nặng.

Xử trí:

- Đóng kín vết mổ bằng chỉ 7.0 , 8.0
- Thuốc giảm thâm thấu
- Thuốc co dịch kính, hạ nhãn áp (Manitol 20% TTM nhanh)
- Không cứu được kịp có khi mức mắt do xuất huyết tổng

III. Biến chứng hậu phẫu

1. Tăng nhãn áp:

- Còn chất nhầy không rửa sạch
- Dùng thuốc nội nhãn trong mổ alpha chymotrypsin
- Nghẽn đồng tử, nghẽn thể mi, sót chất thủy tinh thể, dính mống.
- Cơ địa glaucoma tiềm tàng trước đây

Điều trị:

uống acetazolamid 250mg sau mổ 6- 8 giờ, nhưc nhiều dùng Manitol truyền tĩnh mạch

2. Phôi mống mắt: thường do mổ ngoài bao.

Xử trí : cắt mống mắt phôi, khâu lại vết mổ

3. Viêm giác mạc khĩa:

- Phù giác mạc
- Nếp gấp màng Desceme.

Điều trị: tự khỏi 3- 7 ngày

Trường hợp nặng mắt tế bào nội mô dẫn đến loạn dưỡng giác mạc về sau

4. Mất tế bào nội mô:

- Giác mạc phù nề, đo pachymetry >0.65- 0.7mm
- T hi lực giảm càng nhiều.

Điều trị

- o Thuốc dinh dưỡng giác mạc(thuốc nhỏ chứa nhóm Carbomer hay có gốc cellulose ; vitamine A, vitamine E, vitamine C...)
- o Chống phù bằng thuốc nhỏ chứa corticoid, thuốc uống corticoide
- o Ghép giác mạc xuyên

5. Hở vết mổ : thường do vết mổ rộng không được khâu kín

- Phôi móng, tiền phòng nông, NA mềm, seidel test(+)

Điều trị:

- Tiền phòng sâu : theo dõi cho thêm kháng sinh
- Tiền phòng không tái tạo : khâu kính vết mổ lại

6. Nhiễm trùng sau mổ: tỉ lệ 1/1000 cas,80% mù lòa

7. Viêm mủ nội nhãn: là biến chứng nặng nề sau phẫu thuật đục thủy tinh thể do nhiều nguyên nhân.

a. Viêm nội nhãn do vi khuẩn :

-Xét nghiệm:

Stephylococeus auseus

- o Pseudomonias acruginosa
- o Chủng steptoroceus

b. Viêm nội nhãn do nấm: Chiếm 8% xảy ra muộn hơn sau 2- 3 tuần hoặc 1 tháng

Điều trị: Kháng sinh phổ rộng: lấy mẫu xét nghiệm ngay

+ Tiêm nội nhãn : nhóm Aminoglycoside.

Gentamycin 0.2mg trong 0.1ml

Vancomycin 1 mg trong 0.1ml

+ Toàn thân : Ceftazidin 2g /12h TM 3 đến 5 ngày (nhóm fluroquinolone)

Ciprofloxacin 750mg x 3 lần

+ Nhỏ mắt: Vancomycin

Gentamycin

+ Corticoid :

tiêm cạnh nhãn cầu Methason 4mg/ml hoặc dexamethason 4mg/ml x 5- 7

ngày

+ Nhỏ mắt

- Nếu nuôi cấy vi khuẩn (+) : Staphy. Epidonidis tiếp tục liều cao 7- 10 ngày giảm liều
- Nuôi cấy vi khuẩn (-) : tiếp tục kháng sinh 7- 10 ngày
- Nuôi cấy vi khuẩn ra vi khuẩn độc không cần đổi : điều trị có đáp ứng tiếp phác đồ

- Nuôi cấy vi khuẩn ra loại vi khuẩn không độc: điều trị không đáp ứng cắt dịch kính qua passplana sử dụng kháng sinh khác

IV. Biến chứng hậu phẫu muộn:

1. **Kích thích chỉ khâu** : dễ gây absces giác mạc khu trú nơi có chỉ khâu.

2. **Mất bù trừ giác mạc** (loạn dưỡng giác mạc)

3. **Phù hoàng điểm dạng nang (CMO)**

* CMO trong 6 tháng đầu: không cần điều trị đặc hiệu tự khỏi

* Điều trị acetazolamid 250mg 1 viên x 2 lần/ngày trong 2 tuần

Tại chỗ Steroid 2h/lần /3 tuần không thuyên giảm sẽ tiêm cạnh nhãn cầu

Depomedrome kreralog .

4. **Bong võng mạc** :chuyên bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh.

5. **Đục bao sau** : laser Yag

6. **Biểu mô xâm lấn tiền phòng** : chuyển BV Mắt TP Hồ Chí Minh

7. **Hôi chứng mặt trời lặn** : chuyển BV Mắt

8. **Viêm nội nhãn mãn tính** : chuyển BV Mắt

9. **Biến chứng liên quan đến IOL** : chuyển BV Mắt

10. **Loạn thị do chỉ khâu:**

- Khâu chặt quá cắt 1 nốt sau 2 đến 8 tuần

- Do đường rạch giác mạc

BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC

I. Đại cương:

Là trạng thái bệnh lý do sự viêm nhiễm của mống mắt, thể mi hoặc cả mống mắt và thể mi, màng bồ đào sau hay toàn bộ màng bồ đào. Thường gặp ở tuổi 20-50. Nhiều yếu tố gây bệnh, nguyên nhân từ hệ thống miễn dịch (HLA), qua trung gian tế bào, yếu tố nội tiết...

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Nhìn mờ
- Đau nhãn cầu
- Sợ ánh sáng

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa ,xung huyết.
- Phù nề giác mạc
- Tủa fibrine sau giác mạc hoặc tiền phòng
- Đồng tử co nhỏ, có mũ tiền phòng
- Dính mống mắt và mặt trước thủy tinh thể
- Phản ứng thể mi (+)
- Nhãn áp trong giai đoạn đầu thường thấp thoáng qua, có thể tăng lên trong đợt viêm cấp.

❖ Cận lâm sàng:

- Công thức máu, VS, VDRL.
- XQ phổi.
- Chụp mạch huỳnh quang : ích lợi cho việc chẩn đoán viêm màng bồ đào sau và toàn thể.
- Sinh thiết dịch kính

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm kết mạc cấp:

- Không giảm thị lực
- Cương tụ kết mạc, có nhiều chất tiết
- Không đau, không phản ứng thể mi
- Phản xạ đồng tử bình thường.

2. Glaucoma góc đóng cấp:

- Giảm thị lực nhanh, nhiều.
- Nhức nửa đầu và vùng hốc mắt bị bệnh.
- Đồng tử dẫn méo.
- Tiền phòng nông.
- Nhãn áp tăng.

IV. Điều trị:

1. Thuốc nhỏ mắt:

- Chống viêm bằng corticoid: Col Maxidex, Maxitrol, Predfort... (thuốc có phối hợp với corticoide)

- VMBĐ nhẹ: Nhỏ 3-4 lần /ngày x 5 ngày
 - VMBĐ nặng: Nhỏ 6-12 lần /ngày x5 ngày
- Sau đó giảm liều dần phụ thuộc vào đáp ứng, giảm 50 %

2. Tiêm tại chỗ:

Khi có viêm nặng không đáp ứng thuốc nhỏ:

- Celesten 4mg/1ml tiêm dưới kết mạc x 3-5 ngày
- Destencynl 0.5mg tiêm dưới kết mạc 1-2 lần /tuần.

3. Dùng đường toàn thân uống hoặc tiêm:

Chỉ định khi: VMBĐ nặng không đáp ứng thuốc nhỏ và tiêm tại chỗ:
Prednisolone 5mg 1-1,5mg/kg/ngày x 7-14 tuần.

Giảm liều khi có đáp ứng (Giảm 5-10 mg/tuần) khi còn 10 mg/ngày thì ngưng. Nếu điều trị dưới 14 ngày không cần giảm liều corticoid toàn thân.

4. Điều trị biến chứng:

- Chống dính: Col Atropine 1% 1 giọt /ngày
- Giảm đau: Paracetamol 0,5g 1viên x2 ngày

➤ Theo dõi:

Các triệu chứng cơ năng và thực thể, kèm theo khám định kỳ 1 tháng hoặc 3 tháng.

HỘI CHỨNG POSNER – SCHLOSSMAN

I. Đại cương:

- Còn gọi là glaucom thể mi
- Thường gặp ở lứa tuổi thanh niên- trung niên

II. Đặc điểm lâm sàng:

► Triệu chứng lâm sàng:

- Nhãn áp thường cao: 40- 60 mmHg
- Phù nhẹ biểu mô giác mạc
- Đồng tử dẫn trung bình
- Biểu hiện của viêm màng bồ đào trước: lẳng động sau giác mạc mịn;

Tyndall(+)

- Soi góc : góc mở giữa 2 đợt kịch phát

- Bệnh tự ổn định không ảnh hưởng đến thị trường

III. Điều trị:

► Điều trị trong cơn :

- Ức chế beta dạng nhỏ mắt
- Nhỏ corticoide 2- 4 lần/ ngày
- Thuốc co đồng tử trung bình 0,5%- 2%

IV. Tài liệu tham khảo:

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông năm 2010
- The Wills eye Manual fifth edition

BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRUNG GIAN

I. Đại cương:

Tuổi thường gặp dưới 40 tuổi, 80 % bệnh nhân bị ở hai mắt. Nguyên nhân thường gặp: bệnh sarcoid, viêm dịch kính mạn tính, viêm tĩnh mạch do xơ cứng rải rác, bệnh Lyme, bệnh Toxocara ngoại vi.

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Giảm thị lực
- Cảm giác ruồi bay

2. Triệu chứng thực thể:

- Dịch kính có dạng “nấm tuyết”
- Thành tĩnh mạch có viền trắng gọi là hiện tượng “lồng bao”.
- Hoàng điểm phù

Cận lâm sàng:

- Siêu âm B: thấy những đám bắt âm cao
- Chụp mạch huỳnh quang: rò tĩnh mạch ngoại vi lan tỏa.

III. Chẩn đoán :

Chẩn đoán xác định dựa vào triệu chứng thực thể và cận lâm sàng

IV. Điều trị:

❖ Khi thị lực < 5/10

- Corticoid tiêm tại chỗ:

Methylprednisone 40 mg tiêm cạnh cầu 1-2 tháng. Nếu diễn tiến không thuyên giảm thì giảm liều.

- Corticoide toàn thân :

+ Khi diễn tiến không khá hơn sau 3 liều tiêm tại chỗ

+ Khi bệnh cả hai mắt

Prednisolone 1- 1,5 mg /kg /ngày x 4 -6 tuần

Giảm liều dần tùy đáp ứng.

- Cắt dịch kính

- Điều trị ức chế miễn dịch toàn thân

V. Tài liệu tham khảo

- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012
- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông năm 2010

BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

I. Đại cương:

Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc ít gặp hơn nguyên nhân do vi khuẩn. Chấn thương giác mạc do cây cối hoặc chất liệu thực vật là yếu tố nguy cơ hàng đầu.

- Gồm: Nấm men và nấm sợi

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cộm, xốn mắt, chói mắt
- Đau nhức, đỏ mắt
- Chảy nước mắt, sợ ánh sáng. Có cảm giác dị vật.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa, tiết rửa dịch mũ nhày
- Giác mạc: Thâm nhiễm có vẻ khô, màu trắng xám, bờ loét bờm xờm hoặc sợi nhỏ, làm bề mặt giác mạc nhô lên cao. Đôi khi có những ổ thâm nhiễm xung quanh, thường kèm theo 1 mảng ở nội mô.

- Vòng miễn dịch giác mạc
- Tiền phòng có mũ. Khi viêm loét giác mạc tiến triển, mũ càng trở nên nhiều và những tổn thương có thể giống như viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

❖ Cận lâm sàng :

- Nhuộm Gram
- Nuôi cấy , kháng sinh đồ
- Soi tươi : Chẩn đoán nhanh 50% trường hợp
- Chẩn đoán miễn dịch:

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm loét giác mạc do vi khuẩn:

- Tiến trình cấp diễn hơn trong từng giờ.
- Đáp ứng tốt với kháng sinh mạnh nhỏ mắt.

2. Viêm loét giác mạc do Herpes Simplex: dùng thuốc nhuộm giác mạc fluorescein để chẩn đoán phân biệt .

- Thường mắt bị bệnh trước đây đã có nhiều đợt đau
- Thấy hình cành cây trên bề mặt giác mạc rất điển hình

3. Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba:

Thâm nhiễm nhu mô, rất đau, xảy ra ở mắt đeo kính tiếp xúc mềm ít chịu làm vệ sinh kính, thậm chí có hình vòng nhẫn.

IV. Điều trị:

- Khi nghĩ đến nấm phải lấy chất nạo ở đáy ổ loét nhuộm Giemsa.
- Thông thường các thâm lậu loét giác mạc không rõ căn nguyên đều được điều trị như bị nhiễm khuẩn đến khi có kết quả xét nghiệm nấm.
 - + Nhỏ Natamycine 5% 1-2 h / lần.
 - + Thuốc liệt thể mi : Col Atropine 1% hoặc Scopolamine 0.25 % 3 lần /ngày.
 - + Không dùng Steroide tại mắt
 - + Không được băng kín mắt.

Nếu điều trị không hiệu quả, tình trạng xấu đi hoặc tổn thương sâu vào nhu mô thì thêm thuốc như sau:

- + Amphotericine B 0,15 % nhỏ mắt 1h / lần
- + Ketoconazole 0,2g -0,6g 1 lần / ngày: nấm sợi
- + Fluconazole 0,2 g-0,4 g / ngày: nấm men
- + Miconazole hoặc Clotrimazole 1% nhỏ 1h /l ần: Nấm Aspergillus
- Nếu điều trị tối đa bằng thuốc mà bệnh vẫn tiến triển: Ghép giác mạc.
- Nếu dọa thủng hoặc thủng : ghép giác mạc để điều trị hoặc bảo vệ.

V. Tài liệu tham khảo:

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO HERPES

I. Đại cương:

- Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc hàng thứ 3 ở nước ta, và cũng là nguyên nhân gây ghép giác mạc cao.
- Chiếm 90% trường hợp ở người lớn, 70% trường hợp ở trẻ em.
- Bệnh biểu hiện lâm sàng bắt đầu từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 9 sau khi nhiễm bệnh
- Biểu hiện ở 04 hình thái:
 - + Viêm giác mạc biểu mô
 - + Viêm giác mạc nhu mô dạng đĩa
 - + Viêm giác mạc nhu mô hoại tử
 - + Viêm giác mạc màng bồ đào

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cộm ,xốn mắt, chói mắt
- Đau nhức , đỏ mắt

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa
- Giác mạc có những tổn thương dạng chấm, sợi ,hoặc sao . Sau đó ở trung tâm ổ loét tạo thành hình cành cây bắt màu fluorescein với những nhánh tận cùng có những bóng phình ra. Nếu muộn hơn thì vết loét thành hình bản đồ ,hình amib.

Khi lành bệnh trên bề mặt giác mạc vẫn còn để lại bóng mờ hình cành cây và mất dần đi

- Tiền phòng không có mủ
- **Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý giác mạc khác bằng cách nhuộm giác mạc với Fluorecein**
- Viêm giác mạc nhu mô
- Viêm giác mạc hình đĩa : phù nhu mô giác mạc dạng hình đĩa, có thể lan tỏa giác mạc, lắng đọng mắt sau giác mạc.
- Viêm giác mạc kẽ : nhiều ổ viêm trong nhu mô, nặng có những vùng hoại tử nhu mô, ổ absces màu trắng hay kem.
- Tổn thương giác mạc chu biên

III. Điều trị:

- Nạo biểu mô giác mạc bằng nước muối sinh lý , nhỏ Homatropine , băng mắt. Các thuốc chống virus không được dùng kèm theo. Bệnh khỏi nhanh nhưng tái phát sau 1 tuần.

- Nếu viêm giác mạc nông:

Pomade Zovirac 3 % (Acyclovir) tra 5 lần /ngày x 02 tuần

- Nếu viêm giác mạc sâu:

+ Tra Pomade Acyclovir 3 % 5 lần /ngày x 2 tuần

+ Uống Acyclovir 0,2 g 5 v ên /ng ày x 10 ngày

- Nếu sau điều trị 01 tuần mà tổn thương không thay đổi thì nghĩ tới khả năng kháng thuốc ,phải đổi thuốc hoặc nạo biểu mô quanh ổ loét.

❖ **Phòng ngừa tái phát:**

○ Không ngăn cản được tái phát chỉ hạn chế tái phát bằng cách : tránh tia cực tím, tránh stress...

IV. Tài liệu tham khảo:

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO VI KHUẨN

I. Đại cương:

Là nguyên nhân gây viêm loét giác mạc hàng đầu ở nước ta, gồm :

- Thời tiết nóng ẩm.
- Chấn thương nông nghiệp , công nghiệp , sinh hoạt..
- Hở mi.
- Một số vi khuẩn thường gặp: Pneumococcus, Pseudomonas, Moracella, Streptococcus α hemolytique, Lậu cầu.

II. Đặc điểm lâm sàng:

a. Triệu chứng cơ năng :

- Cộm, xốn mắt, chói mắt, tăng tiết nước mắt.
- Đau nhức nhiều .

b. Triệu chứng thực thể :

- Mi phù nề .
- Kết mạc cương tụ rìa.
- Giác mạc có ổ loét ở giữa, xuất tiết mũ nhầy bản màu trắng vàng thường do trực khuẩn màu xanh)có abscess vòng ở chu vi cách ổ loét 01 vòng giác mạc hơi trong. Hoặc ổ loét màu trắng vàng với mật độ đậm đặc trong nhu mô, giác mạc xung quanh còn trong, không thâm lậu.
- Tiền phòng có mũ.

❖ Cận lâm sàng:

Lấy dịch ổ loét làm kháng sinh đồ, nhuộm Gram.

III. Chẩn đoán :

Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào kết quả của soi tươi nhuộm Gram. Vi khuẩn thường gặp : tụ cầu vàng, trực khuẩn mũ xanh. Ít gặp hơn Moraxella, Staphylococcus epidermidis, phế cầu, Enterobacteriaceae.

❖ Chẩn đoán phân biệt :

- Viêm loét giác mạc do nấm
- Viêm loét giác mạc do Herpes
- Viêm loét giác mạc do Acanthamoeba

IV. Điều trị:

- Rửa mắt ngay bằng nước sạch khi có bụi vào mắt.
- Thuốc liệt thể mi: Col Atropin 1 % x 2 l ần /ngày.
- Nếu làm kháng sinh đồ thì dùng thuốc nhỏ mắt theo kháng sinh đồ.
- Chưa có xét nghiệm đặc hiệu thì dùng kháng sinh phổ rộng:
 - Col Cebemycine (Neomycine + Polycine B) 01 giọt x10 lần.
 - Có thể phối hợp với nhóm Aminoglycoside (Col Tobramycine 0.3 %).

- Hoặc nhóm Cephalosporine (Col Cefuroxime 0.5 %).
- Hoặc nhóm Fluoroquinolon (Col Ciprofloxacin 0.3 %).
- Khi ổ loét sạch hơn, có dấu hiệu lành sẹo dùng thuốc dinh dưỡng giác mạc.
- Vitamine A, vitamine C, vitamine E.

Theo dõi:

- Mức độ đau nhức.
- Kích thước ổ loét.
- Phản ứng tiền phòng.
- Nhãn áp.
- Làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ nếu chế độ điều trị không đáp ứng.

V. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM nă

CHẤN THƯƠNG MẮT

I. Đại cương:

- Là những tổn thương xảy ra cho các cấu trúc của nhãn cầu từ giác mạc đến thần kinh thị do chấn thương đụng dập trực tiếp bởi các vật tù hoặc gián tiếp do chấn thương đầu

- Thường là đa chấn thương ở mắt gò : tổn thương nhãn cầu, tổn thương mi , mô hốc mắt, lệ bộ hoặc vỡ thành hốc mắt

- Gồm : đụng dập bán phần trước và đụng dập bán phần sau.

- *Đụng dập bán phần trước :*

- Xuất huyết tiền phòng
- Rách màng mắt
- Viêm màng mắt thể mi
- Co hoặc giãn đồng tử
- Lùi góc tiền phòng
- Bán lệch thủy tinh thể
- Đục thủy tinh thể chấn thương
- Vỡ củng mạc

- *Đụng dập bán phần sau:*

- Rách hắc mạc
- Xuất huyết dịch kính

II. Đặc điểm lâm sàng :

A. Đụng dập bán phần trước:

❖ Xuất huyết tiền phòng:

1. Triệu chứng:

- Nhìn mờ, đau nhức
- Thị lực giảm, nhãn áp tăng, tiền phòng có máu

2. Xử trí:

- Máu tiền phòng <1mm, thị lực >7/10:

- + kiểm tra đáy mắt
- + điều trị ngoại trú

- Máu tiền phòng >1mm:

+ Nhập viện, siêu âm nội nhãn

+ Nhỏ mắt: Col. Chloramphenicol 0,4 % 3lần /ngày (nhóm

Aminoglycoside)

Col Atropin 1% 1lần /ngày

+ Thuốc uống: Giảm đau

Chống viêm

Tan máu

An thần

+ Uống nhiều nước, nằm đầu cao

- Máu tiền phòng + nhãn áp cao:

Uống Acetazolamide 0,25g 3 lần/ ngày

- Theo dõi:

+ Máu rút: Tiếp tục điều trị chờ máutiêu hết

+ Sau 7 ngày, máu không tiêu hoặc còn 4-5 mm hoặc nhãn áp cao:

Chọc rửa tiền phòng

Điều trị thuốc tiếp

Theo dõi thị lực, nhãn áp

❖ Rách mộng mắt :

- Rách < 30⁰ : Theo dõi

- Rách < 30⁰ + đa thị : chuyển tuyến trên phẫu thuật

❖ Co hoặc giãn đồng tử: Theo dõi

❖ Viêm mộng mắt thể mi: Điều trị nội khoa

❖ Lùi góc tiền phòng: Theo dõi định kỳ nhãn áp.

❖ Bán lệch thủy tinh thể:

- Lệch nhẹ: Theo dõi

- Lệch ngoài tiền phòng: Phẫu thuật ngay

- Lệch vào dịch kính: Chuyển tuyến trên

❖ Đục thủy tinh thể chấn thương : Phẫu thuật

❖ Vỡ củng mạc : Chuyển tuyến trên.

B. Dụng dậ bán phần sau:

- Thị lực mắt hoàn toàn

- Mắt ánh hồng đồng tử

- Không quan sát được đáy mắt

⇒ chuyển tuyến trên.

VẾT THƯƠNG MẮT

I. Đại cương:

- Mi mắt được mô tả như là một phần phụ của nhãn cầu. Vết thương mi gồm vết thương mi trên, mi dưới, có tổn thương hoặc không tổn thương lệ bộ.

Do chấn thương mắt trực tiếp bằng vật sắc nhọn.

II. Đặc điểm lâm sàng :

1. Vết thương cắt:

➤ *Vết thương cắt ngang:*

- Vết thương ở mi trên cần kiểm tra tổn thương cơ nâng mi nếu có cần phải khâu lại. Nghi ngờ có đứt cơ khi thấy sụp mi sau chấn thương

➤ *Vết thương cắt dọc:*

- Vết cắt dọc xuyên bờ mi dễ thấy và biến dạng mi khi nhìn xuống, mi trên có hình chữ V. Do đó cần khâu chính xác theo lớp, đặc biệt là sụn mi.

- Đứt 1/2 trong coi chừng tổn thương lệ quản.

2. Vết thương rách , xước, bầm giập:

- Khám tử mĩ trước phẫu thuật

- Khâu đúng giải phẫu học

- Không cắt lọc, cố gắng bảo tồn mọi mẫu mô.

- Khi phù nề không cần khâu ngay , rửa sạch, khâu lại khi giảm phù.

- Vết thương mất chất cần ghép da: nên làm sớm trong lúc xử lý vết thương và ghép da mỏng.

3. Vết thương đứt lệ quản:

● *Nguyên nhân:*

- Do tai nạn giao thông xe hai bánh , khi té chà sát mặt xuống đường.

- Do rủi ro bị móc áo, cành cây móc vào mắt

- Ở trẻ em lào chó cắn

● *Xử trí:*

- Tạo hình lệ quản đứt chủ yếu được can thiệp tích cực khi đứt lệ quản dưới

- Có nhiều phương pháp điều trị đứt lệ quản dưới:

➤ Nối tận - tận : được xem là thường quy cho đứt lệ quản dưới. Phẫu thuật có thể hoãn 48 giờ để vết thương bớt sưng.

➤ Tạo hình góc trong trả điểm lệ về đúng vị trí giải phẫu học: được chỉ định khi không tìm được đầu trong để tiến hành nối tận- tận, hoặc do tính chất trầm trọng của vết thương (phù nề nhiều, rách dập, mất chất...)

III. Tài liệu tham khảo:

- Sách Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

IV. Điều trị chung :

- Thuốc nhỏ :
Nhóm Fluroquinolone
Hoặc nhóm Aminoglycoside
- Thuốc uống:
Nhóm Fluroquinolone
Nhóm Cephalosporine
- Giảm đau
Paracetamol hoặc nonsteroid

BỆNH GLAUCOMA CẤP

I. Đại cương :

Glaucom là từ chỉ một nhóm bệnh có những đặc điểm chung là tăng nhãn áp quá mức chịu đựng của mắt bình thường, lõm và teo gai thị thần kinh, tổn hại thị trường và giảm thị lực. Nếu không điều trị đúng mức sẽ dẫn đến mù lòa. Gồm các loại :

- **Glaucom góc mở:**

- Glaucom góc mở nguyên phát
- Glaucom nghi ngờ
- Glaucom nhãn áp bình thường
- Glaucom góc mở thứ phát

- **Glaucom góc đóng:**

- Glaucom góc đóng có nghẽn đồng tử tương đối
- Glaucom góc đóng nguyên phát không nghẽn đồng tử
- Glaucom góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử
- Glaucom góc đóng thứ phát không nghẽn đồng tử

- **Glaucom có nhiều cơ chế phối hợp**

- **Glaucom trẻ em.**

II. Đặc điểm lâm sàng của Glaucom góc đóng :

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau nhức ở mắt và nửa đầu.
- Nhìn thấy nhiều vòng màu.
- Mắt mờ giống như sương mờ che phủ.
- Buồn nôn, ói mửa.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc cương tụ rìa
- Giác mạc phù
- Đồng tử dẫn méo
- Tiền phòng nông
- Nhãn áp cao
- Thị lực giảm

❖ Cận lâm sàng:

- Đo nhãn áp
- Đo thị trường bằng :
 - + Phương pháp đếm ngón tay
 - + chu vi kế tự động Humphrey
 - + Chụp cắt lớp quang học kết hợp (OCT)

III. Chẩn đoán xác định

- Khi nhãn áp 22- 25 mmHg (Maklakov) là nghi ngờ phải làm các test phát hiện glaucoma

- Khi nhãn áp > 25mmHg là có tăng nhãn áp
- Soi góc tiền phòng
- Đo thị trường có ám điểm
- Đáy mắt có lõm , teo gai.

❖ Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm kết mạc cấp
- Viêm màng mắt
- Viêm màng mắt thể mi và tăng nhãn áp thứ phát

IV. Điều trị:

- Thuốc uống: Acetazolamide 0,25g 1 viên x 2 lần hoặc 2 viên x 2 lần/ngày
Kaleoride 0,6g, 1 viên/ngày
Paracetamol 0,5g, 1 viên x 2 lần/ngày
- Thuốc nhỏ: Col. Timolol 0,5%, 2 lần/ngày
Col. Pilocarpin 2%, 01 giọt/30 phút.

Nhóm betaxolol hoặc nhóm progtalandine (latanoprost, bimatoprost...), nhóm ức chế carbonic anhydrase (brinzolamide ,...), alphagan , alphagan p....

Có khi phối hợp với các nhóm hoặc thuốc nhỏ đã kết hợp các nhóm thuốc hạ nhãn áp.

Nếu có phản ứng viêm có thể nhỏ thêm Col. Predfort 1% mỗi giờ.

Nếu nhãn áp quá cao:

- + Truyền Manitol 20% 1g/kg cân nặng truyền nhanh 60 – 100 giọt/phút.
- + Hoặc tiêm Diamox 500mg tiêm tĩnh mạch.

Đo lại nhãn áp nếu giác mạc trong, đồng tử có phản xạ, soi góc:

- ⇒ Góc đóng < 180 độ: Cắt mống mắt chu biên bằng lazer.
- ⇒ Góc đóng > 180 độ: Phẫu thuật cắt bè cứng mạc.

❖ Phòng ngừa:

- Đo nhãn áp có hệ thống cho bệnh nhân > 40 tuổi
- Nhãn áp nghi ngờ phải làm các test phát hiện.
- Đo thị trường

V. Tài liệu tham khảo:

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012
- Nhãn khoa cận lâm sàng- Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

BỆNH GLAUCOMA GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

I. Đại cương:

- Yếu tố di truyền: Gia đình có người bị glaucoma, tỉ lệ bị glaucoma góc mở nguyên phát cao hơn. Tuổi thường gặp trên 40 tuổi, có thể trẻ hơn.

II. Đặc điểm lâm sàng:

- Glaucoma góc mở nguyên phát xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm.
- Thị lực trung tâm thường được bảo tồn đến giai đoạn muộn của bệnh. Thường xuất hiện cả hai mắt.

1. Triệu chứng cơ năng:

- Không đau nhức ở mắt và nửa đầu, đôi khi có cảm giác như nhìn qua màn khói hoặc nhìn vào bóng đèn tròn thấy quầng xanh, đỏ, xuất hiện từng cơn ngắn rồi tự hết.

2. Triệu chứng thực thể:

- Kết mạc thường không có cương tụ rìa.
- Giác mạc trong hoặc hơi mờ khi nhãn áp quá cao.
- Tiền phòng sâu.
- Đáy mắt: Tổn thương thị giác tùy theo giai đoạn của bệnh. Giai đoạn đầu chỉ thấy mạch máu chuyển hướng, giai đoạn sau thấy tổn thương rõ ràng hơn: Lỗ gai teo thị, ngoài ra thấy xuất huyết cạnh gai, động mạch trung tâm võng mạc đập khi nhãn áp cao.
- Thị lực lúc đầu tốt, giai đoạn sau sẽ giảm.
- Nhãn áp cao.

Cận lâm sàng :

- Đo nhãn áp
- Đo thị trường bằng :
 - + Phương pháp đếm ngón tay
 - + chu vi kế tự động Humphrey
 - + Chụp cắt lớp quang học kết hợp (OCT)

III. Điều trị:

1. **Thuốc:** Bắt đầu bằng loại thuốc nhỏ mắt đơn trị
Beta-Blocker (nếu không có chống chỉ định).
Prostaglandin.

- Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác:
Beta-Blocker + thuốc co đồng tử.
Beta-Blocker + Brimonidin.
Beta-Blocker + Dorzolamide.

2. Phẫu thuật:

Khi dùng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn:
Lỗ gai rộng.
Thị trường thu hẹp.

Bệnh nhân không có điều kiện nhỏ thuốc lâu dài.

IV. Chỉ định điều trị ngoại trú:

1. Glaucoma góc mở, góc đóng mãn tính có tổn thương gai thị, thị trường và nhãn áp điều chỉnh bằng thuốc.
2. Glaucoma nhãn áp thấp.
3. Một mắt đã mổ glaucoma theo dõi mắt thứ hai.
4. Glaucoma người trẻ chưa hoặc đã phẫu thuật.
5. Glaucoma góc đóng đã Iridotomy hoặc không còn chỉ định Iridotomy.

Trước khi làm hồ sơ ngoại trú phải có:

- Thị lực, nhãn áp.
- Soi góc tiền phòng.
- Khám gai thị, chụp hình.
- OCT, thị trường.

BỆNH TẮC ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Đại cương:

- Thuyên tắc từ tim ; bệnh lý động mạch cảnh
- Nghẽn mạch : do xơ vữa động mạch; viêm quanh động mạch; rối loạn huyết học.

II. Đặc điểm lâm sàng:

- Thường phụ thuộc vào kích thước, vị trí của mạch máu, mức độ trầm trọng, thời gian tắc nghẽn. Thường gặp cấp tính và trầm trọng

► Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm đột ngột, có khi sáng tối (-)
- Mất phản xạ ánh sáng, võng mạc phù trắng, động mạch co nhỏ, hoàng điểm đỏ anh đào.
- Nếu tắc nhánh mi – võng mạc, chỉ thấy phù võng mạc vùng gai thị- hoàng điểm

► Xét nghiệm:

- Xét nghiệm máu: CTM ,đường huyết ,VS
- Khám nội tim mạch
- Siêu âm Doppler ĐM cảnh
- Chụp mạch huỳnh quang

III. Điều trị:

- Là một cấp cứu nhãn khoa, cấp cứu trong 24 h đầu:
- Xoa bóp nhãn cầu mỗi lần ít nhất 15 phút
- Thở Oxy (95% O₂ +5% CO₂) trong 10 phút mỗi 2h trong 48 h
- Acetazolamide 0,25 g 1viên x 2
- Điều trị hỗ trợ: Thuốc dẫn mạch, tăng cung cấp O₂ cho võng mạc (Duxil, Vastarel, Tanakan...)
- Các biện pháp trên không thành công , nên chọn tiền phòng

IV. Phòng ngừa:

Tầm soát về tim mạch phòng ngừa mắt thứ 2.

V. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012
- Nhãn khoa cận lâm sàng- Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

BỆNH TẮC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM VÕNG MẠC

I. Đại cương :

Là tai biến nặng do ngưng trệ tuần hoàn hồi qui ở tĩnh mạch trung tâm võng mạc. Là bệnh đứng thứ hai về những bệnh rối loạn mạch máu võng mạc sau bệnh lý võng mạc tiểu đường. Nguyên nhân : Thường kèm với những bệnh toàn thân khác như : bệnh có xơ cứng động mạch; bệnh làm biến đổi thành phần huyết tương, bệnh miễn dịch, thuốc lợi tiểu, thuốc tránh thai, thuốc cường giao cảm...

II. Đặc điểm lâm sàng:

➤ Triệu chứng lâm sàng:

- Thị lực giảm nhiều hoặc ít, cảm giác như sương mù, có ám điểm trung tâm.

- Khám đáy mắt: gai thị phù, tĩnh mạch dẫn ngoằn ngoèo, xuất huyết nông sâu hình chấm, nền dọc tĩnh mạch hoặc có thể xuất tiết dạng bông gòn.

- Nếu tắc nhánh mi – võng mạc, chỉ thấy phù võng mạc vùng gai thị - hoàng điểm.

➤ Xét nghiệm:

- CTM ,đếm tiểu cầu.

- Khám nội tim mạch.

- Chụp mạch huỳnh quang.

III. Chẩn đoán : Phân biệt thể thiếu máu và không thiếu máu

	Thể không thiếu máu	Thể thiếu máu
Tỉ lệ	Thường gặp 70%	Gặp 30%
Thị lực	>1/10	<1/10
PX đồng tử trực tiếp	Bình thường	Kém so với mắt lành
Đáy mắt: - Tĩnh mạch - Động mạch - Xuất huyết - Nốt dạng bông - Gai thị - Võng mạc - Móng mắt và soi góc tiền phòng	Dãn Bình thường Chấm rải rác Không có hoặc 1-2 chấm Ít biến đổi Phù nhẹ Không có tân mạch	Dãn ngoằn ngoèo Co hẹp như sợi chỉ Rất nhiều, rải rác chuyển sang lan rộng dày đặc Nhiều hơn Phù cương tụ Phù nhiều Có thể có tân mạch
Chụp mạch huỳnh quang - Thì tay- võng	Bình thường Kéo dài	Kéo dài Thường kéo dài

<ul style="list-style-type: none"> - mạc - Thì lấp đầy tĩnh mạch - Dò fluorescein - Mạch bàng hệ - Cấp máu mao mạch - Tân mạch - Thiếu máu hoàng điểm 	<ul style="list-style-type: none"> Dò theo mạch máu Nhiều và có sớm Không có hoặc diện tích <10 đường kính gai Không Ít gặp 	<ul style="list-style-type: none"> Dò nhiều Có ít và xuất hiện muộn Diện tích > 10 đường kính gai từ chu biên đến cực sau Trước, quanh gai hoặc ở võng mạc vùng thiếu máu Thường gặp
--	---	--

IV. Điều trị:

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspepic 0,25g 1 gói /ngày.
Tăng cung cấp O₂ cho võng mạc(Duxil, Vastarel, Tanakan...)
- Điều trị nguyên nhân (nếu có thể).
- Điều trị biến chứng: laser để điều trị biến chứng phù hoàng điểm dạng nang và phòng ngừa glaucoma tân mạch do thiếu máu

V. Tài liệu tham khảo

- Nhân khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012
- Nhân khoa cận lâm sàng- Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN

I. Đại cương:

Thường do vi khuẩn Gram (+): Tụ cầu, liên cầu. Hoặc Gram (-). Là nguyên nhân thường gặp và việc điều trị thường ít gặp khó khăn.

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau, cộm xốn mắt.
- Bông rít, nhiều tiết tố làm khó mở mắt vào buổi sáng khi thức dậy.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, đóng vẩy khô.
- Kết mạc cương tụ đỏ rõ ở cùng đồ nhạt vùng rìa. Nếu nặng có xuất hiện màng giả.

- Giác mạc ít thâm nhiễm

❖ **Cận lâm sàng:** Lấy dịch nuôi cấy và làm kháng sinh đồ

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm kết mạc do virus:

- Sốt, viêm họng
- Hạch trước tai
- Mi sưng đỏ, tiết nhày hơi dính
- Có xuất huyết lâm tẩm
- Có thể thành dịch

2. Viêm kết mạc mùa xuân:

- Ngứa dữ dội
- Sợ ánh sáng
- Phù nề mi
- Kết mạc mi phì đại, khô đa giác sùi tên kết mạc sụn mi
- Soi sinh hiển vi thấy nhiều gai máu tập hợp lại.

IV. Điều trị:

1. Vệ sinh mắt:

- Lau mắt bằng nước sạch, khăn sạch . Không dùng chung khăn với người khác

- Tay luôn giữ sạch sẽ
- Dội rửa mắt thường xuyên để loại bỏ tiết tố và vi khuẩn gây bệnh.

2. Thuốc nhỏ mắt: Dựa vào kết quả nuôi cấy ,kháng sinh đồ

- Thường dùng kháng sinh phổ rộng như: Col Chloramphenicol 0.4 %, hoặc nhóm Aminoglycoside (col Tobramycine 0.3 %..), nhóm Fluroquinolone
- Điều trị triệu chứng kèm theo.

V. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO VIRUS *

I. Đại cương:

Thường do Adenovirus, Entervirus ... và hay phát triển thành dịch.

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau, cộm xốn mắt.
- Tăng tiết dịch, thường dịch trong, vàng.
- Đỏ mắt.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, nặng hơn là phù cả tổ chức quanh hố mắt.
- Kết mạc cương tụ nhiều, phù nề kết mạc cùng đồ.
- Có thể có xuất hiện màng giả.
- Xuất hiện ở 01 mắt, sau 2,3 ngày lan sang mắt còn lại.

3. Triệu chứng toàn thân:

- Sốt 38-39 độ
- Đau họng, sờ có hạch dưới tai, đau.
- Người có cảm giác mệt mỏi.

III. Chẩn đoán phân biệt:

1. Viêm mống mắt:

- Kết mạc cương tụ rìa.
- Phản xạ đồng tử kém.
- Phản ứng thể mi (+).
- Đau nhức mắt, thị lực giảm.

2. Glaucoma cấp:

- Kết mạc cương tụ quanh rìa.
- Giác mạc mờ.
- Đồng tử giãn méo, mất phản xạ ánh sáng.
- Thị lực giảm, đau nhức nửa đầu và mắt.

3. Viêm loét giác mạc:

- Kết mạc cương tụ quanh rìa.
- Giác mạc mờ, có ổ loét trên giác mạc.
- Thị lực giảm.

IV. Điều trị: (cập nhật)

- Chủ yếu điều trị triệu chứng và nâng đỡ thể trạng

1. Vệ sinh mắt :

- Lau mắt bằng nước sạch, khăn sạch. Không dùng chung khăn với người khác.
- Tay luôn giữ sạch sẽ.

- Nếu có giả mạc (màng giả) thì cần phải bóc màng giả từ 1- 3 lần/ngày tùy theo tình trạng bệnh.

2. Thuốc nhỏ mắt:

- Không có thuốc đặc trị.
- Nhỏ nước mắt nhân tạo 4-6 lần /ngày.
- Cộm xốn mắt dùng thuốc kháng histamine: Naphazoline ,Pheniramine...4 lần /ngày. Có thể dùng kháng viêm Steroid như: FML hoặc prednisolon 1% nhỏ 1-2 lần /ngày trong tuần đầu.
- Nếu kết mạc có bội nhiễm vi khuẩn thì dùng thêm kháng sinh chống bội nhiễm.

❖ Phòng ngừa:

Trong viêm kết mạc do virus, 4-7 ngày đầu sau khi bệnh khởi phát, tình trạng rất tồi tệ . Sẽ tự rút lui sau 02 tuần nếu không có biến chứng đặc biệt.

- Cần khám lại sau 1-3 tuần.
- Rất dễ lây, rửa tay khi sờ vào mắt. Không tắm hồ bơi, không đến trường, không đến cơ quan làm việc...

IV. Tài liệu tham khảo :

- Nhân khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

BÔNG MẮT

I. Đại cương :

- Do hóa chất: bazơ , acid.
- Do yếu tố vật lí.
- Do hơi cay.
- Do nhiệt độ.

II. Đặc điểm lâm sàng:

- o Đau dữ dội, chảy nước mắt, co quắp mi sau khi tiếp xúc trực tiếp với hóa chất

III. Chẩn đoán:

Phân loại cấp độ:

CẤP ĐỘ	TỖN THƯƠNG	TIỀN LƯỢNG
Nhẹ	Giác mạc : khuyết biểu mô, mờ nhẹ chủ mô trước. Kết mạc không có dấu hiệu khiếm khuyết.	Không có hoặc ít sẹo giác mạc. Thị lực giảm 1- 2 hàng.
Trung bình	Giác mạc đục trung bình. Kết mạc có hoặc không có khiếm dưỡng.	Sẹo giác mạc trung bình. Tân mạch ngoại vi giác mạc . Thị lực giảm 2 – 7 hàng.
Trung bình nặng	Giác mạc đục mờ, không rõ chi tiết mỏng. Kết mạc khiếm dưỡng < 1/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo kéo dài. Giác mạc bị sẹo và có tân mạch. Thị lực <20/200.
Nặng	Giác mạc trắng mờ không nhìn rõ chi tiết đồng tử. Kết mạc khiếm dưỡng từ 1/3 – 2/3 chu vi rìa.	Thời gian liền sẹo rất lâu+ phản ứng viêm bên cạnh tân suất cao của loét và thủng giác mạc. May mắn thị lực ĐNT .
Rất nặng	Giác mạc hoàn toàn trắng không nhìn thấy đồng tử. Kết mạc khiếm dưỡng > 2/3 chi vi rìa.	Rất lâu lành. Chủ mô giác mạc thường biến thành nhu mô hoại tử, loét và thủng giác mạc thường xảy ra dẫn đến teo nhãn.

IV. Điều trị:

Điều trị sơ cứu:

- Rửa mắt ngay bằng nước sạch, nước muối sinh lí, hoặc lactate ringer tối thiểu 30 phút. Đối với vôi cục phải gắp hết các cục vôi rồi rửa bằng dung dịch đường 5%.
- Đặt giấy quì để thử độ pH của nước mắt sau 5 phút rửa đến khi pH trở về trung tính.
- Rửa tiền phòng trong trường hợp bỏng vừa và nặng.
- Nhãn áp tăng hoặc hạ tùy theo cấu trúc bị tổn thương.

❖ Điều trị tiếp theo:

1. Bỏng nhẹ:

- Dùng tăm bông ướt làm sạch cùng đồ trên, dưới.
- Nhỏ Col Atropine 1% .
- Tra pomade Tetracycline.
- Băng ép 24h.
- Thuốc giảm đau và an thần kinh.
- Nếu nhãn áp cao dùng Acetazolamide 0,25g mỗi 12h hoặc 6h.

Theo dõi:

+ Tình trạng lâm biểu mô.

+ Phản ứng viêm ở tiền phòng.

- Những ngày sau có thể dùng nước mắt nhân tạo.

2. Bỏng vừa và nặng:

- Nhập viện.
- Làm sạch cặn bã ,ngoại vật nếu có.
- Col Atropin 1%nhỏ mắt 2-4 lần /ngày.
- Steroid tại chỗ (Prednison 1% mỗi 1h hoặc 3 h /lần.
- Tra mỡ kháng sinh.
- Băng ép mỗi khi nhỏ thuốc.
- Điều trị tăng nhãn áp
- Chống dính: tách dính kết mạc bằng que thủy tinh hoặc đeo contact lent
- Nước mắt nhân tạo nhiều lần trong ngày.

❖ Theo dõi: Theo dõi kỹ mỗi ngày để đánh giá lại các tổn thương Corticoid phải giảm liều sau 1 tuần điều trị.

❖ Điều trị phục hồi chức năng : sau chấn thương 18 tháng – 2 năm.

❖ Phòng ngừa:

Dùng kính bảo hộ bảo vệ mắt khi làm việc, tiếp xúc hóa chất

V. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

BỆNH VIÊM KẾT MẠC DO DỊ ỨNG

I. Đại cương:

Dị ứng nguyên có trong không khí như: phấn hoa, bụi, nấm mốc, lông súc vật ...

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Cấp tính, với: ngứa, chảy nước mắt, đỏ mắt, ngứa mũi, hắt hơi, nước mũi trong.

2. Triệu chứng thực thể:

- Mi phù nề, nặng hơn có phù quanh tổ chức hổ mắt.
- Kết mạc nhạt màu.
- Giác mạc ít thâm nhiễm.

III. Điều trị:

Thuốc nhỏ mắt :

- Thường dùng kháng sinh, kháng histamine
- Điều trị triệu chứng kèm theo.

❖ Phòng ngừa:

Dựa theo nguyên nhân để phòng bệnh

IV. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010
- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT

I. Đại cương:

Mộng thịt là sự tăng sinh lành tính có dạng hình tam giác của lớp mô sợi, mạch dưới kết mạc, xâm lấn qua rìa giác – củng mạc tại vùng khe mi nhãn cầu.

II. Đặc điểm lâm sàng:

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- **Triệu chứng cơ năng:** Cộm, xốn mắt, có khi nhìn mờ do mộng thịt che hoặc loạn thị không đều.

- **Triệu chứng thực thể:** Khối mô sợi- mạch hình tam giác phát sinh tại vùng khe mi (góc trong hoặc góc ngoài), phát triển về hướng giác mạc, hình thành đầu mộng, thân mộng và gốc mộng.

2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó để xác định nguyên nhân gây ra mộng thịt. các yếu tố thuận lợi dễ gây ra mộng thịt bao gồm:

- Tia cực tím
- Viêm nhiễm, khô mắt.
- Rối loạn tế bào mầm vùng rìa.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Mộng mỡ.
- Viêm thượng củng mạc.
- Lymphoma kết mạc.
- Mộng thịt giả.

4. Phân loại:

- Theo tính chất: mộng tiến triển và mộng thoái triển.
- Theo mức độ tiến triển:
 - + Độ I: Đầu mộng phát triển tới rìa giác mạc.
 - + Độ II: Đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc < 2,0mm
 - + Độ III: Đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc 2,0 – 4,0mm tới bờ đồng tử.
 - + Độ IV : Đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc > 4,0mm vượt qua bờ đồng tử.
- Theo tính chất tái phát : Mộng nguyên phát và mộng tái phát.

III. Điều trị:

1. Nội khoa:

- Nước mắt nhân tạo nhỏ tại chỗ, giúp giảm kích thích.
- Mắt kích thích nhiều hoặc mộng viêm: Nhỏ mắt bằng corticoid 3- 4 lần mỗi ngày, không dùng kéo dài.

2. Phẫu thuật:

- Chỉ định: Mộng độ 2 trở lên, ảnh hưởng chức năng thị giác hoặc thẩm mỹ.
- Phương pháp phẫu thuật:

+ Cắt mộng đơn thuần có thể phối hợp ghép kết mạc rìa tự thân hoặc không đối với mộng thoái triển.

+ Cắt mộng phối hợp ghép kết mạc rìa tự thân.

+ Cắt mộng phối hợp ghép kết mạc rìa tự thân và áp Mytomycline C, áp dụng cho các trường hợp mộng dễ tái phát hoặc tái phát .

- **Điều trị sau phẫu thuật:**

+ Kháng sinh toàn thân uống và nhỏ tại chỗ: nhóm fluroquinolone, chephalosporine hoặc Aminoglycoside x 7 ngày

+ Giảm đau .

+ Nhỏ mắt bằng kháng viêm nonsteroid và kháng viêm steroid sau phẫu thuật 1 tuần.

❖ **THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

- Tái khám sau 1 tuần: Cắt chỉ và sau đó 1 tháng .

- Theo dõi tình trạng mảnh ghép.

- Nếu BN điều trị bằng steroid tại chỗ, kiểm tra 1 – 2 tuần , theo dõi phản ứng viêm và tác dụng phụ của steroid giảm dần rồi ngưng khi phản ứng viêm được cải thiện.

- BN không triệu chứng tái phát sau 1 năm.

IV. Tài liệu tham khảo :

- Nhãn khoa lâm sàng – Chủ biên GS.TS Lê Minh Thông- Năm 2010

- Phác đồ điều trị BV Mắt TPHCM năm 2012

DI VẬT MẮT

I. Đại cương:

- Mắt thường hay bị dị vật bắn vào mắt
- Trong công nghiệp: bụi than, bụi hóa chất, mảnh kim loại nhỏ
- Trong nông nghiệp : bụi mạt thóc, vỏ trấu, đất cát, côn trùng nhỏ, lông con sâu...

II. Đặc điểm lâm sàng:

- Gây kích thích, tăng tiết nước mắt,
- Kết mạc cương tụ
- Đau, khó chịu

❖ Vị trí thường gặp:

1. Ở kết mạc:

- Kết mạc nhãn cầu : dễ thấy hơn
- Kết mạc cùng đồ : nếu khó thấy phải dùng dụng cụ vành mi

2. Ở giác mạc:

- Dị vật cắm nông trên biểu mô
- Dị vật cắm sâu vào nhu mô
- Dị vật có thể cắm xuyên gần qua giác mạc, một phần ở giác mạc, một phần ở tiền phòng

III. Chẩn đoán:

Thấy rõ dị vật qua khám đèn khe

IV. Điều trị:

- Dị vật ở kết mạc, ở biểu mô giác mạc : lấy dị vật tại phòng thủ thuật
- Dị vật ở sâu trong nhu mô hoặc tiền phòng : lấy dị vật tại phòng mổ vì phải tiến hành phẫu thuật khá phức tạp với điều kiện của ánh sáng , phương tiện (kính, dụng cụ..)
- Lông sâu bọ: nên lấy bằng kẹp lấy lông và kéo ra đúng chiều , tránh làm gãy để lại trong giác mạc
- Thuốc nhỏ mắt: Cho thuốc nhỏ kháng sinh để phòng nhiễm trùng

❖ Phòng ngừa:

- Mang dụng cụ bảo hộ mắt khi làm việc.

V. Tài liệu tham khảo:

- Sách thực hành nhãn khoa- Chủ biên PGS. TS Phan Dẫn- Năm xuất bản 2001

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT

NĂM 2016

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA MẮT

NĂM 2016